サービス利用留意事項確認書

令和　　年　　月　　日

主治医・担当介護支援専門員　様

デイサービス利用にかかる留意点等の情報をいただきたく存じます。ご多忙の中恐縮ですが、何卒宜しくお願い申し上げます。

☐ 医療機関名：　　主治医　氏名（　　）

☐ 居宅介護支援事業所：　　介護支援専門員　氏名（　　）

・住所：

・電話：　　・FAX：

フリガナ		男・女	明 ・ 大 ・ 昭 年　月　日（　　）歳
ご利用者氏名			
ご利用者住所	〒　　－ 電話　　－　　－		

かかりつけ医療機関： 主 治 医 名　：　　電話　　－　　－		
既往歴	年　月頃	年　月頃
	年　月頃	年　月頃
現病歴	年　月頃	年　月頃
	年　月頃	年　月頃
現在処方されているお薬（お薬手帳のコピーを添付して下さい）		
現在行っている処置・治療（傷の処置・インスリン注射・透析等）		

サービス提供にあたっての留意点 ＊サービス中止の目安となるバイタル数値等	血圧：平均　　／　　mmHg ※お分かりになる範囲でご記入ください。	身長：　　体重：
	感染症について：無 ・ 有（　　）	アレルギー：無 ・ 有（　　）
	問題行動：無 ・ 有（　　）	認知症状：無 ・ 有（　　）
	入浴−留意事項： ※入浴中止の目安となるﾊﾞｲﾀﾙ数値等があればご記入ください。	
	その他　留意事項：	

＊直近の検査データ等をお持ちの方は、写しを添付してください。

社会福祉法人　清水福祉会
老人デイサービスセンター　旭東地域在宅サービスステーション　旭さくら苑